



入会申込書

記入見本

日本補聴器販売店協会 理事長殿

私は下記の通り、日本補聴器販売店協会に社員として入会を申し込みます。
入会後は貴法人の定款、規約、規則及び倫理綱領を遵守することを誓約致します。

申請日：平成 21 年 4 月 1 日

1. 申請者 (定款第 10 条, 第 21 条参照)

登録社員名*	(フリガナ) カンダ タロウ
	神田 太郎 印
登録店舗名*	(フリガナ) カンダホチョウキセンター
	かんだ補聴器センター

今回入会する店舗名とその店舗の運営責任者の氏名を届け出てください。

2. 営業主体の社名と代表者名 (上記と同じ場合は「同上」で可)

私は上記の者を貴法人の社員として入会することに同意し推薦致しますとともに社員に非があったときには共に責任を負います。

事業者名* (会社名)	
事業主名* (役職・氏名)	役職：
	印
連絡先*	〒 - Tel/Fax :

貴社(本社)の代表者の推薦が必要です。ただし代表者が申請者の場合は「同上」で結構です

3. 推薦者* (規約第 2 条)

私は申請者の入会を推薦し、入会した後も本法人の定款及び倫理綱領等を遵守するよう適切な助言をいたします。

登録店舗名：〇〇補聴器相談室 原宿店

登録社員名：〇〇 △△子 印

※同一都道府県内の当協会会員(登録社員)2名の推薦が必要です。
※うち1名は(中)日本補聴器工業会社員会社の正副登録者の署名捺印に代えることができます。
※申請社員と同じ経営、系列社、フランチャイズ関係者は除きます。

登録店舗名(または工業会登録社名)：〇△□補聴器メーカー

登録社員名(または工業会正副社員名)：〇〇 田 △ 男 印



調査票

1. 店舗について

申請店舗住所*	(フリガナ) トウキョウトチヨダクウチカンダ シマダ		
	〒 101-0047 東京 千代田区内神田2-11-1 島田ビル6F		
Tel*	03-3258-5964	Fax*	03-3258-9033
E-mail	query__@jhida.org		
URL	http://www.jhida.org		
本支店	<input type="checkbox"/> 本社 (本店) <input checked="" type="checkbox"/> 支店	開設日	T・S・H 62年 3月 15日
事業内容	<input type="checkbox"/> 補聴器専門店 <input type="checkbox"/> 兼業店 (メガネ・時計・宝石・家電・その他)		兼業の内容に○もしくは記入
定休日	<input checked="" type="checkbox"/> 日曜 <input checked="" type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他 ()		
営業時間	10:00 ~ 18:00	医療機器販売業届*	(※コピーを添付してください)
修理	<input type="checkbox"/> 許可証を取得し店頭で対応 (→医療用具修理業許可証を添付してください) <input checked="" type="checkbox"/> メーカーに依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療機器販売管理者*	氏名: 神田 太郎 (※証書のコピーを添付してください)		

工業会の社員会社名を表示しておりますので取扱いブランドが含まれるメーカー名にチェックしてください。
お客様へのご案内等に使用します。

2. 取り扱いメーカーについて

<input checked="" type="checkbox"/> リオン(株)	<input checked="" type="checkbox"/> パナソニック補聴器(株)	<input checked="" type="checkbox"/> オーティコン(株)
<input checked="" type="checkbox"/> GNリサウンドジャパン(株)	<input checked="" type="checkbox"/> コルチトーン補聴器(株)	<input checked="" type="checkbox"/> シェンズヒヤリングインスツルメンツ(株)
<input checked="" type="checkbox"/> ワイデックス(株)	<input checked="" type="checkbox"/> スターキージャパン(株)	<input checked="" type="checkbox"/> ニュージャパンヒヤリングエイト(株)
<input checked="" type="checkbox"/> バーナフォン(株)	<input checked="" type="checkbox"/> フォナック・ジャパン(株)	<input type="checkbox"/> その他 ()

3. 設備について

主要機材の有無	メーカー名	型式
<input checked="" type="checkbox"/> オーディオメータ	*****社	A-5000B
<input checked="" type="checkbox"/> 語音聴力検査設備	*****社	CDプレイヤー E60-F
<input checked="" type="checkbox"/> 聴力測定室	***社	GH-700i
<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器特性測定装置	*****社	JK10-J

協会が推奨する記録要項です。
現在記録している次項にチェックしてください。

4. 顧客に関する記録の有無

<input checked="" type="checkbox"/> 顧客の名前及び住所	<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器の調整状態
<input checked="" type="checkbox"/> 来店時の同伴者の有無と顧客との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 耳鼻科受診の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 主訴	<input checked="" type="checkbox"/> 再来店時の記録
<input checked="" type="checkbox"/> 難聴の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 修理の記録
<input checked="" type="checkbox"/> オーディオグラム	<input type="checkbox"/> その他 ()

入会の資格について

次の各号の条件を充足するもの。

1. 本協会の基本理念と目的に賛同する自然人であること。
2. 店舗に勤務して補聴器の小売業に従事する者であること。
3. 所属する営業主体の代表者(法人代表者あるいは個人営業主)が推薦する者であること。
ただし、営業主体の代表者自身については、自薦は不要とする。
4. 同一県内の当協会の社員2名が推薦するものであること。
ただし、上記推薦者のうち1名は日本補聴器工業会社員に代えることができる。

※ 法に基づき、店舗が会員となるのではなく、一店舗につき一名が議決権を持つ社員として会員登録されます。

※ 現時点で認定補聴器技能者の資格をもっていないと入会できません。

入会の手順について

1. 入会申込書及び調査票に必要事項を記入・捺印の上、当協会事務局(下記)までお送りください。
2. 簡単な入会審査が行われ承認されますと、その旨が申込者に通知されます。
入会審査では当協会役員からお問い合わせが行くこともございます。
通常1か月程度かかりますが、時間を要する場合もございますので、あらかじめご了承ください。
3. 入会承認とともに、入会金と会費の合計金額が通知されます。
入金確認後、正式に社員となり入会書類一式が送付されます。

入会金・会費について

入会金 10万円

(従業員3名以下の販売店の入会金優待価格 3万円)

(多店舗展開している販売店の優待価格 2店舗目 5万円, 3店舗目 3万円)

会費 月額5,000円(年間6万円)

<書類送付先／お問い合わせ先>

日本補聴器販売店協会 事務局

〒101-0047

東京都千代田区内神田 2-11-1 島田ビル 6F

Tel : 03-3258-5964 Fax : 03-3258-9033